

# PRE-INSCRIPTION FORMATION DE FORMATEURS POUR ADULTES

## 10 JOURS

Nom de l'entreprise :

N° Siret :

Adresse :

### **Responsable de la formation :**

Nom et Prénom :

Téléphone :

Email :

### **Facturation :**

Nom de l'entreprise :

Adresse si différente :

### **Prise en charge :**

- Entreprise
- OPCO de l'entreprise
- CPF
- Autres

### **Participants :**

Liste des participants, leurs fonctions et leurs expériences dans la formation :

Nom	Prénom	Fonction actuelle	Expérience professionnelle	Projet professionnel du salarié formé

- Je certifie la déclaration des données exactes.
- Je transfère mon dossier de pré-inscription et lettre de motivation détaillant mon projet

### **Données personnelles**

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à : PSL FORMATION. Pour la ou les finalité(s) suivante(s) : Établir les devis et conventions de formations, les convocations, les attestations de présence et les attestations de formation. Le ou les destinataire(s) des données sont : le responsable de formation – [pslforma03@gmail.com](mailto:pslforma03@gmail.com)

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant au directeur de PSLF. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL.